

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定申請書

年 月 日

広島県知事様

住所

(ふりがな)

氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添付し、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地

病院名：

所在地：(〒)

2 診断しようとする医師の診療科目

3 診断しようとする障害の種別

肢体、 視覚、聴覚等 (聴覚、 平衡機能、 音声・言語、 そしゃく)

心臓、 じん臓、 呼吸器、 ぼうこう・直腸、 小腸、 免疫、 肝臓

※ 原則一障害分野とするが、審査部会が十分な能力があると認めた時は、この限りではない。

4 指定を必要とする理由

地域(山間・島嶼部等)に当該障害分野の指定医師が少ない。

身体障害者手帳申請を要する患者の増加に対応するため。

当該医療機関の既指定医師が退職するため。

(退職指定医名)

その他 ()

5 関係書類

(1) 同意書(様式1)及び承諾書(様式2)

(2) 当該医師の経歴書(第2号様式)

別紙「指定を希望する障害に係る診療実績等」

(3) 当該医師の医師免許証の写し(A4版)

6 当該申請に係る担当部署、担当者及び電話番号

担当部署： 担当者：

電話番号：

【注】：□は、該当箇所にチェックし、()に記載してください

様式 1

同 意 書

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として指定されることに同意
します。

また、指定された診療科名に関係ある障害についてのみ、「身体障害認定基準」
(平成 15 年 1 月 10 日障企発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉
部長通知)及び「身体障害認定要領」(平成 15 年 1 月 10 日障企発第 0110001 号厚
生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)により、診断書・意見書を
交付します。

年 月 日

住 所

氏 名

広 島 県 知 事 様

